



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

BÉ THƠ: 4 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ Đứa TRẺ	TÊN Đứa TRẺ		NGÀY SANH	
	CÁC DỊ ỨNG	THUỐC MEN HIỆN TẠI		
	CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI			
	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"> CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và tăng trưởng tốt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn. </td> <td style="width:50%;"> CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể với được đồ vật và có thể cầm được. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi đang lật hoặc đang cố tập để lật ngửa. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe. </td> </tr> </table>			CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và tăng trưởng tốt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.
CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và tăng trưởng tốt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.	CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể với được đồ vật và có thể cầm được. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi đang lật hoặc đang cố tập để lật ngửa. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe.			

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	
---------------------------	--------------------------	----------------------	--

Review of systems Review of family history

Screening:

	N	A	
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Development	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gross Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fine Motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Physical:

General appearance	N	A	Chest	N	A
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Elimination _____

Sleep _____

Review Immunization Record

Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)

Family Planning Safety Sleeping on back

Development Crib Safety Shaken Baby Syndrome

Infant Bond Feeding Fever

Passive Smoke? No bottle in bed Child care

Appropriate Car Seat

Other: _____

Assessment: _____

NEXT VISIT: 6 MONTHS OF AGE	IMMUNIZATIONS GIVEN
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	REFERRALS
	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 4 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language

- | Yes | No | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Holds head up to 90 degrees.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Laughs.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Follows past mid line.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>No persistent fist clenching.</u> |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on *even one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - BÉ THƠ: 4 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

BÉ THƠ: 4 THÁNG

PHỤ HUYNH ĐIỂN
VỀ Đứa TRẺ

TÊN Đứa TRẺ

NGÀY SANH

CÁC DỊ ỨNG

THUỐC MEN HIỆN TẠI

CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KỂ TỪ LẦN KHÁM CUỐI

CÓ KHÔNG

Con tôi ngủ ngon.

CÓ KHÔNG

Con tôi có thể với được đồ vật và có thể cầm được.

Con tôi ăn và tăng trưởng tốt.

Con tôi đang lật hoặc đang cố tập để lật ngửa.

Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì.

Con tôi biết nhìn và nghe.

Tôi lo ngại về vấn đề là tôi thường hay bị buồn.

CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHẦN

CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHẦN

VÒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHẦN

Xét lại các hệ thống Xét lại quá trình gia đình

Chế độ ăn uống _____

Bài tiết _____

Ngủ _____

Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa

Giáo Dục về Y Tế/Hướng Dẫn Trước: (Đánh dấu hết những lớp đã hoàn tất)

Kế Hoạch Hóa Gia Đình An Toàn Ngủ nằm ngửa

Phát Triển An Toàn Trong Nôi Hội Chứng Lắc Em Bé

Gần Gũi Với Trẻ Thơ Cho ăn uống Bị Nóng Sốt

Hít Khói Thuốc Không cho bú bình khi ngủ Giữ trẻ

Car Seat Thích Hợp

Lớp Khác: _____

Giám Định: _____

Khám truy tìm:

N A

Nghe

Nhìn

Phát triển

Tính hạnh

Giao tế/Xúc cảm

Vận Động Thường

Vận Động Khéo Léo

Thể chất:

N A

Nhìn Chung

Da

Đầu/Thóp

Mắt

Tai

Mũi

Họng

Cổ

Cực u

Tình Trạng Tâm Thần

N A

Ngực

Phổi

Tim/Mạch

Bụng

Cơ Quan Sinh Dục

Xương sống

Chân tay

Thần kinh

Mô tả các khám phá bất thường:

ĐÃ CHỪNG NGỪA

GIỚI THIỆU

LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 6 THÁNG

TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 4 Tháng

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 4 đến 6 tháng.

Ngóc đầu lên khi nằm sấp.

Kêu la, cười lớn, cười mỉm chi.

Lật qua lật lại.

Cầm lúc lắc, cố bỏ vào miệng để ngậm.

Cố chuyển đồ chơi từ tay này qua tay kia.

Nhận ra được tiếng nói và khuôn mặt của cha mẹ.

Tập ngồi thẳng, nếu đỡ lưng cho em lúc đầu.

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Muốn giúp tìm dịch vụ giữ trẻ: Washington State Child Care Resource and Referral Network, 1-800-446-1114.

Sức khỏe và phát triển của trẻ em: Trang web Tài Liệu về TRẺ EM: www.childprofile.org.

Gửi Tài Liệu của TRẺ EM đến cho cha mẹ:

Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY); hãy yêu cầu để bỏ tên của quý vị trong danh sách gửi thư nếu hiện tại quý vị không nhận được tin tức bằng bưu điện.

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Khi khám sức khỏe định kỳ là lúc tốt nhất để hỏi bác sĩ và y tá về tình trạng sức khỏe và sự tăng trưởng của em bé quý vị. Viết ra một danh sách trước khi đi khám sức khỏe. Mang theo thẻ chích ngừa của em bé khi đi khám sức khỏe.

Em bé của quý vị vẫn có thể chích ngừa được nếu em đang bị cảm lạnh nhẹ hoặc đi tiêu chảy hay đang uống thuốc trụ sinh. Chích ngừa sẽ không làm cho những bệnh này bị tệ hơn.

Trong lứa tuổi này em bé của quý vị hấp thụ được những chất dinh dưỡng cần thiết từ sữa mẹ hoặc sữa bình. Nếu quý vị cho con bú, cố gắng cho em bú trọn một năm đầu. Nên chờ cho con em của quý vị được 5-6 tháng mới tập cho ăn cereal hoặc những thức ăn đặc khác.

Kiểm soát về cách nghe và nhìn của em bé quý vị. Theo dõi xem em có nhìn theo vật đang di chuyển không. Để ý nếu thấy em quay về phía ồn ào hoặc những tiếng động lạ.

Tiếp tục cho em bé của quý vị nằm ngửa khi ngủ. Tránh để những đồ trải giường mềm mỏng hoặc đồ chơi nhồi bông chung quanh nôi của em trong năm đầu tiên. Phải chắc chắn rằng những người khác trông coi em cũng đều làm như vậy.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Hát, nói chuyện, và chơi đùa với con em của quý vị mỗi ngày. Nhìn vào mặt em và nói theo những gì em nói.

Cho em nằm sấp để chơi dưới sàn nhà. Để đồ chơi bên cạnh em cho em với lấy được.

Nếu quý vị lo ngại bất cứ điều gì về sự tăng trưởng của em bé quý vị, hãy hỏi bác sĩ hoặc y tá của em hay gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Luôn luôn ở bên cạnh em khi em nằm trên giường, ghế sa lông, hay bàn thay tã để em khỏi bị lăn xuống đất.

Tiếp tục dùng car seat quay về phía sau trong lúc chở em. Để em ở ghế sau và cột dây an toàn.